

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

191

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

A. NASSOUPHIS

**L'Hydarthrose Syphilitique double
DES GENOUX**

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

191

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

A. NASSOUPHIS

L'Hydarthrose Syphilitique double
DES GENOUX

Président : M. JEANSELME, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTÉREH
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI. LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Grâce à vous j'ai pu devenir ce que
je suis. Trop heureux si je puis vous
donner aujourd'hui satisfaction pour
tous les sacrifices et les soucis que vous
a imposés mon éducation.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON COUSIN

CHARLES KYRIAKIDIS

Négociant à Marseille

*Sois assuré de ma grande affection
et de mon inaltérable gratitude pour
tout ce que tu as fait pour moi.*

A M. C. G. CONSTANTINIDÈS

Négociant à Marseille

*Je vous adresse l'expression sincère
de ma reconnaissance pour l'intérêt
que vous m'avez toujours témoigné.*

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR MILIAN

A M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Médecin à l'Hôpital Saint-Louis
Membre à l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

L'HYDARTHROSE

SYPHILITIQUE DOUBLE

DES GENOUX

AVANT-PROPOS

On a pu croire pendant longtemps que la syphilis ignorait les jointures. Sans doute parmi les innombrables méfaits de la vérole les manifestations articulaires sont peu de chose. Pourtant leur proportion n'est pas négligeable et elle s'est beaucoup accrue ces dernières années. Il importe donc que le médecin connaisse ces localisations articulaires de la syphilis et s'en souvienne à l'heure opportune.

En pareille matière les erreurs sont fréquentes. Se tromper est parfois sans conséquence. Ce n'est pas ici le cas. « *Soupçonner la syphilis et donner le bon traitement, en quelques jours le malade sera guéri, passer à côté et le mal durera s'aggravant sans cesse en dépit des moyens mis en œuvre* (Morestin). »

Ayant eu l'occasion d'observer 4 cas d'hydarthrose syphilitique double des genoux dans le service de notre Maître le Dr Milian médecin, de l'Hôpital Saint-Louis dans lesquels tous les examens et le traitement syphilitique sont venus nettement confirmer l'origine syphilitique, il nous a paru intéressant, et suivant le conseil

de notre Maître, de reprendre la question de l'Hydarthrose syphilitique double des genoux dans un travail d'ensemble.

Qu'il nous soit permis à la fin de nos études d'adresser nos sentiments de reconnaissance à notre maître le Dr Milian qui nous a inspiré le sujet de notre travail, et qui nous a fait largement profiter de sa grande expérience des maladies de la peau, et qui a fait naître en nous le goût de la dermatologie. Nous adressons à notre regretté Maître le professeur Rauzier, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, le témoignage de notre vive reconnaissance. Nous avons appris auprès de lui la logique et la méthode dans l'examen des malades, qualités sans lesquelles il ne saurait exister de vraie clinique. Il a su nous enseigné les qualités morales, l'honnêteté professionnelle que le médecin doit posséder, s'il veut vraiment être digne de la profession qu'il exerce.

Nous remercions tout particulièrement le professeur Jeanselme, professeur de Clinique dermatologique à la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons pas enfin, ceux d'entre nos maîtres auprès desquels nous n'avons fait qu'un court séjour.

Classification. — Les hydarthroses syphilitiques du genou offrent des aspects variés et l'on éprouve quelque peine à les classer méthodiquement. On peut répartir ses formes diverses selon les périodes de la syphilis elle-même. Cette division répond assez bien

aux situations cliniques. Il est vrai que les faits de transition sont nombreux, et qu'il est malaisé de les faire entrer dans une période ou dans l'autre. Cependant les localisations que l'on observe dans les premiers temps de la vérole (syphilis secondaire) et celles que l'on voit dans la vérole devenue vieille (syphilis tertiaire) ne sont nullement comparables, et il faut établir entre eux une distinction fondamentale.

Il nous paraît donc nécessaire de scinder l'étude de l'hydarthrose syphilitique double des genoux et d'en faire trois groupes :

- a) L'un comprenant l'hydarthrose double dans la syphilis secondaire ;
- b) Le deuxième comprenant l'hydarthrose double dans la syphilis tertiaire ;
- c) Le troisième, l'hydarthrose double dans la syphilis héréditaire.

HISTORIQUE

I. — Depuis le mémoire de Richet paru en 1853 dans lequel l'auteur pour la première fois cherche à décrire les désordres articulaires de la syphilis, ce sujet a suscité un assez grand nombre de travaux. Les premiers en date, ceux qui suivirent le mémoire de Richet, refusant tout caractère spécifique et particulier aux troubles articulaires observés dans la syphilis, les rapportent soit au rhumatisme articulaire soit à la tuberculose.

II. — Dans une deuxième période les cas d'arthropathies survenant au cours de la syphilis et cédant au traitement syphilitique étant venu se multiplier, la notion que la syphilis pouvait frapper les articulations et y déterminer des troubles dont l'origine syphilitique était indéniable s'établit d'une façon définitive et est acceptée par tous ou presque tous. La question est étudiée de plus près, plusieurs formes sont décrites les unes à côté des autres, montrant que la question négligée autrefois était plus importante qu'on ne le pensait.

C'est dans cette période que Lancereaux en 1863 dans un mémoire communiqué à la Société de Chirurgie

gie ainsi que dans la *Gazette des hôpitaux*, publie quelques observations d'arthropathies syphilitiques. Le même auteur en 1873 publie un second mémoire sur le même sujet.

Le professeur Fournier dans ses leçons cliniques fait l'étude des affections qui intéressent les articulations à la période secondaire et crée le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique. Son élève Gouget fait une revue critique des hydarthroses secondaires et publie quatre observations dont trois hydarthroses doubles, dans les *Annales de dermatologie* en 1889.

En 1880 paraît la thèse de Dureuil sur les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques.

En 1883 paraît la thèse de Mericamp sur les arthropathies syphilitiques tertiaires.

Mauriac en 1890 dans son traité de la syphilis décrit les diverses formes de la syphilis articulaire.

Kirmisson et Jacobson en 1897 font une revue générale des hydarthroses syphilitiques dans la *Revue d'orthopédie*. Morestin en 1901 publie un travail très important dans les *Archives de médecine*.

Fouquet écrit sa thèse en 1904 sur les arthropathies syphilitiques.

III. — Dans une troisième période, à côté des arthropathies observées au cours de la syphilis acquise et parallèlement avec les progrès que subit l'étude des troubles héréditaires de la syphilis, on publie des cas d'arthropathies observées dans la syphilis héréditaire et on distingue plusieurs formes.

Hutchinson remarqua le premier en 1876 qu'il y avait

parfois un rapport entre la kératite interstitielle et certaines arthropathies comme l'hydarthrose des genoux mais il n'insiste pas davantage. Dix ans plus tard Clutton en 1886 dans un mémoire (*The Lancet*) resté classique, insiste sur ce fait qu'avec l'hydarthrose double des genoux plus qu'avec les autres arthropathies de la syphilis héréditaire coïncide presque toujours une kératite interstitielle. Métayer en 1904 publie une thèse sur les manifestations articulaires de la syphilis H. tardive.

Edmond Fournier en 1912, traite la syphilis héréditaire de l'âge adulte.

IV. — Enfin depuis quelques années des travaux nombreux et importants ont perfectionné nos connaissances anatomiques et cliniques. Toutes les obscurités cependant ne sont pas dissipées et récemment la séro-réaction nous a permis d'établir un lien entre la syphilis et certaines manifestations articulaires d'allure bénigne qu'on rattachait volontiers encore soit au rhumatisme soit à la tuberculose.

Notons dans cette dernière période :

La thèse de Pillon en 1914 sur les formes cliniques de la syphilis articulaire.

La thèse de Merlier en 1918 sur les arthropathies H. syphilitiques et la triade d'Hutchinson.

L'article de Cautonnet dans *Paris médical* 1919.

Un article d'Aimes dans le nouveau journal des médecins en 1921 et enfin, l'article du professeur Broca dans la *Presse médicale* 1921.

CHAPITRE PREMIER

HYDARTHROSE DOUBLE DES GENOUX DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE

La connaissance de ces hydarthroses secondaires est de date relativement récente. Ces synovites chroniques revêtent au point de vue clinique l'allure des hydarthroses chroniques. *Si l'on peut admettre qu'une maladie soit désignée par un de ses symptômes, c'est à coup sûr dans ces cas d'arthrites hypercriniques de la syphilis. L'épanchement dans la synoviale est cliniquement toute la maladie* (Morestin).

Apparition. — Les hydarthroses chroniques sont des accidents de la syphilis secondaire. On peut les observer à des époques très variables de cette période, allant de dix jours jusqu'à trois ans après l'apparition de l'accident primitif. J. Voisin dit qu'elles apparaissent trois ans après le chancre ; suivant d'autres auteurs, les plus nombreux, ces hydarthroses apparaissent beaucoup plus tôt. Guerrin, Rosa, a vu un cas d'hydarthrose vingt jours après le chancre. Le professeur Fournier les a vues survenir en pleine éruption secondaire et Gouget huit mois après l'accident primitif.

Defontaine distingue une hydarthrose précocce et une

hydarthrose tardive, cette dernière pouvant se montrer à la période tertiaire. Mais l'hydarthrose tertiaire ne doit pas être confondue avec celle de la période secondaire. Les hydarthroses tertiaires s'accompagnent toujours des lésions plus ou moins marquées des extrémités osseuses, elles ne sont plus la maladie à elle seule mais jouent simplement le rôle d'un symptôme.

Fréquence. — L'hydarthrose secondaire est plus fréquente qu'on ne le croit, mais si elle est commune, on peut dire qu'elle est communément méconnue (Morestin). Elle est plus fréquemment observée que la synovite subaiguë. Le professeur Fournier dit qu'on rencontre vingt-quatre hydarthroses pour trois ou quatre synovites subaiguës.

Gouget a observé quatre hydarthroses en l'espace de deux mois, dont trois bilatérales. Fouquet dans sa thèse rapporte treize hydarthroses secondaires dont deux bilatérales. Elles seraient pour plusieurs auteurs plus fréquentes chez la femme que chez l'homme ; sur nos quatre observations nous relevons trois femmes.

Siège. — *Le genou est le siège habituel, le siège constant de cette complication* (Gouget). Généralement les deux genoux sont pris simultanément ou successivement, mais on peut voir chez le même sujet syphilitique une hydarthrose secondaire coïncider avec des synovites subaiguës d'autres articulations surtout lorsque l'hydarthrose est précoce. Quand la localisation est unilatérale le genou gauche est plus fréquemment atteint.

ETIOLOGIE

La localisation peut être influencée *par une atteinte où un traumatisme antérieur*, et un des plus beaux exemples à ce sujet est fourni par l'observation de Griffon et Déhérain, où après avoir présenté des signes de pseudo-rhumatisme localisé, l'affection se localisa sous forme d'hydartrose aux genoux et au poignet droit qui avaient été antérieurement le siège d'un traumatisme sérieux.

La fatigue, l'excès de travail de l'articulation, les marches prolongées favorisent certainement cette localisation. *L'action du froid* est également manifeste.

Le pied plat tarsalgique paraît une cause prédisposante de localisation du genou par suite du mauvais aplomb qu'il donne au membre inférieur. En dehors de ces causes générales, *le paludisme* est souvent relevé par les auteurs ; il détermine des anémies profondes qui exigent une suractivité de la moelle osseuse. Cette suractivité crée une sorte de traumatisme répété dont le rôle sur la localisation articulaire de la syphilis est des plus importants (Lacapère et Laurent).

SYMPTOMATOLOGIE

Cette hydarthrose double offre les mêmes caractères que toutes les hydarthroses chroniques quelle que

soit la cause qui les produise. « *L'hydarthrose débute, évolue et disparaît à froid* (Goujet). » Le début est lent et insidieux et passe inaperçu du malade lui-même : dans la plupart des cas un peu de gêne et de fatigue, une sensation de brisure, quelquefois une douleur légère dans la marche et les mouvements sont les seuls symptômes. Puis l'articulation devient globuleuse du fait de l'épanchement.

On observe en inspectant les genoux que les creux situés de chaque côté de la rotule sont effacés, que le cul-de-sac sous-tricipital est distendu par le liquide. La rotule est soulevée et il est facile d'avoir la sensation de flot, d'obtenir le choc rotulien. Du côté de la peau il n'y a ni rougeur, ni chaleur, ni sensibilité particulière, ni les veinosités que nous verrons signalées sur les genoux atteints d'hydarthrose tertiaire.

Ce sont des épanchements minimes ou moyens, jamais on ne les voit même à leur époque de récrudescence atteindre un volume capable de déformer très sensiblement l'articulation. Voisin rapporte cependant un cas où l'affection fut diagnostiquée de visu en découvrant le malade. « *Les hydarthroses tolérées ne sont jamais des grandes hydarthroses ; celles de la syphilis secondaire sont en effet peu considérables et quand les deux genoux sont pris il est exceptionnel que la quantité de liquide soit égale des deux côtés* (Mores-tin). »

Les quelques points particuliers de cette hydarthrose double secondaire sont les suivants :

L'absence des douleurs pendant la formation de

l'épanchement, *l'absence des points osseux douloureux à la pression*. En outre *l'abondance peu marquée du liquide, sa résorption rapide* sous l'influence du traitement spécifique, *sa reproduction fréquente* quand le traitement a été insuffisant ou insuffisamment prolongé, *le peu d'atrophie musculaire* dont elles s'accompagnent sont encore des signes en faveur de ces hydarthroses secondaires

La durée de cette affection dépend de la rapidité avec laquelle le diagnostic a été posé et le traitement institué ; *c'est une affection tenace de la syphilis secondaire* (Goujet). Elle l'est pourtant moins que l'hydarthrose blennorrhagique (Hutchinson). Toutefois elle peut durer jusqu'à sept mois et même deux années (Fournier). Chez les malades qui se font traiter dès le début des accidents spécifiques on peut dire que ces hydarthroses secondaires guérissent généralement ; non traitées elles évoluent soit vers l'ankylose progressive, par la tendance qu'a la synoviale de produire des adhérences, soit plus rarement vers l'ostéo-arthropathie tertiaire.

Ces hydarthroses secondaires sont d'apparence très bénignes, mais il ne faudrait pas porter à la légère un pronostic trop favorable ; la résorption est souvent incomplète ; un peu de liquide persiste et si l'on suit les malades on voit qu'il y a des récidives ou des recrudescences de l'épanchement prédominant d'un côté ou de l'autre. « C'est donc une complication qui n'est nullement négligeable et à laquelle il faut rapporter un certain nombre d'états chroniques articulaires encore mal connus et qui sont englobés dans le groupe d'ar-

thrites sèches ou dans les hydarthroses chroniques » (Morestin).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est raisonnable et logique, dit Morestin, de penser que cette hydarthrose traduit une modification quelconque de la synoviale ou des extrémités osseuses articulaires. Cette supposition est parfaitement légitime mais tout ce que nous savons c'est qu'elle est permise. Les lésions réelles sont totalement ignorées. *Le liquide* de l'épanchement est habituellement jaune citrin, il s'écoule avec facilité et produit en se reposant un caillou fibrineux assez volumineux.

L'examen cytologique de ce liquide a été pratiqué par plusieurs auteurs. Griffon et Abrami ont trouvé de la *polynucléose* au début, et de la *lymphocytose* à une période plus tardive de l'évolution de l'hydarthrose. Ces résultats semblent concorder avec ceux de la Grandmaison et Boidin qui ont trouvé de la lymphocytose dans un examen tardif, et ceux de Griffon et Déhéraïn qui dans un liquide recueilli précocement ont décélé de la polynucléose.

La recherche du tréponème dans le culot de centrifugation a été pratiqué à plusieurs reprises.

« *Il est permis de supposer du reste qu'à l'image de ce qui se passe pour le diplocoque de Neisser dans la blennorrhagie, l'agent pathogène de la syphilis sera rarement rencontré dans les épanchements articulaires* » (Fouquet).

La séro-réaction de Bordet-Wasserman pratiquée avec le liquide retiré des articulations malades *est toujours positive* et même hyperpositive, c'est-à-dire que le liquide même très dilué donne encore un résultat franchement positif. « *Tout se passe comme s'il y avait accumulation d'anticorps où des lipoides spéciaux qui permettent la séro-réaction dans le liquide articulaire* » (Lacapère). On peut rapprocher ce fait de la constatation d'une séro-réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien de certains malades atteints de syphilis nerveuse, chez qui le sérum sanguin donne une séro-réaction négative. Les substances qui déterminent la déviation du complément dans la séro-réaction sont souvent en quantité au niveau des productions pathologiques.

DIAGNOSTIC

Une hydarthrose double des genoux survenant sans cause appréciable, sans épaissement de la synoviale, ni lésions osseuses apparentes, sans douleurs, ni limitations des mouvements doit toujours éveiller l'attention. Le diagnostic se confirme si le malade présente à côté de l'hydarthrose double des syphilides cutanées ou muqueuses et si la séro-réaction est positive. Il arrive cependant que le diagnostic reste hésitant. L'étude des antécédents, les aveux de l'intéressé nous mettrons sur la voie et dans le doute on doit essayer un traitement arsenico-mercuriel d'épreuve, avec cette réserve que son échec n'est pas toujours concluant.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec toutes les hydarthrose doubles mais surtout :

a) *Avec l'hydarthrose traumatique* : le diagnostic est généralement simplifié par le récit que fait le malade d'un accident, d'une chute survenue peu de temps auparavant, mais il faut bien se souvenir que l'épanchement articulaire qui succède à un traumatisme, est dans bien des cas trop facilement rapporté à celui-ci alors qu'il n'a été que la cause occasionnelle qui a fait éclore une tuberculose jusque-là latente ou qui éveille une syphilis en état de sommeil.

b) *Avec l'hydarthrose rhumatismale* : celle-ci se reconnaît facilement par la douleur plus forte plutôt diurne que nocturne. La multiplicité fréquente des articulations atteintes, l'existence des signes généraux, l'impotence fonctionnelle plus marquée et la connaissance d'attaques antérieures.

c) *L'hydarthrose blennorragique* a aussi des allures plus aiguës, les douleurs plus marquées, plutôt diurne que nocturne, l'impotence fonctionnelle plus grande. Les phénomènes inflammatoires, la coexistence d'un écoulement urétral récent ou ancien, les suites plus graves (ankylose, transformation purulente) permettent de faire le diagnostic. Dans le cas où le malade serait à la fois syphilitique et blennorragique la difficulté est plus grande : on donnera le traitement antisypilitique qui servira de pierre de touche et qui permettra dans la majorité des cas de rapporter l'épanchement à sa véritable cause.

C'est surtout avec :

d) *L'hydarthrose tuberculeuse* (hydrops tuberculosus) que l'on doit faire le diagnostic ; il n'est pas toujours aisé : rechercher les antécédents personnels et héréditaires, faire l'inoculation du liquide au cobaye ; enfin le traitement antisiphilitique lèvera les doutes.

Le diagnostic doit se faire également avec :

e) *L'hydarthrose intermittente paludéenne*. La quinine lèvera les doutes.

f) *Avec l'hydarthrose intermittente périodique*, évolution clinique spéciale pas d'antécédents sypilitiques.

TRAITEMENT

« Cette hydarthrose nous a paru assez notablement rebelle au traitement spécifique » (Gouget) : il semble en effet qu'au bout d'un certain temps de décroissance l'affection reste stationnaire, où ne diminue plus au delà qu'insensiblement. Gouget dans les quatre cas qu'il a examiné ne l'a jamais vu disparaître complètement et il ajoute : les malades quittent l'hôpital en se croyant guéris mais au bout d'un certain temps, si on les revoit, on constate que l'épanchement n'a pas fait grand progrès malgré le traitement. Bien plus il y a parfois augmentation de l'épanchement des poussées successives, sans que l'on puisse expliquer cette récurrence par aucune cause occasionnelle.

OBSERVATION I (Résumée).

(Gouget, *Annales de dermatologie*, 1889.)

B... Annette, 20 ans, couturière, entre dans le service le 3 mars 1888. *Syphilis datant de 1887.*

Premier séjour dans le service du 26 novembre-12 décembre, pour manifestations syphilitiques secondaires (syphilides lichénoïdes groupées, syphilides pigmentaires du cou). Depuis son départ du service la malade venait tous les quinze jours nous rendre compte de son état.

Le 2 mars elle accusa sans y attacher d'importance une légère gêne dans les deux genoux.

Le professeur Fournier l'ayant examiné constata un notable épanchement des deux côtés; il décida la malade à entrer dans son service.

Examen. — Les genoux n'offrent à la vue aucune déformation bien accusée, aucun symptôme inflammatoire, les téguments ont conservé leur coloration et leur température normale.

Le genou gauche est le siège d'un épanchement très appréciable permettant d'obtenir nettement le choc rotulien.

Dans le genou droit l'épanchement est sensiblement moindre, mais le choc rotulien se perçoit également. Aucun phénomène subjectif important, sauf un peu de gêne et de lourdeur dans la marche. L'indolence spontanée dans les mouvements communiqués est absolue. Aucune réaction générale. L'examen méthodique des autres articulations reste négatif; pas de sueurs comme dans le rhumatisme, pas de blennorrhagie, pas de traumatisme antérieur; rien au cœur, rien aux poumons.

Soumise au traitement mixte (1 pilule de protiodure Hg. par jour et 2 grammes d'iodure de potassium). On prescrit en outre des applications de teinture d'iode sur les genoux et la compression ouatée.

Le 9 mars, le double épanchement n'a guère varié.

Le 11 mars, épanchement diminué à gauche.

Le 13 mars, l'épanchement a repris à gauche son volume primitif. Le 17 diminution sensible des deux côtés surtout à droite. Le 20 la malade quitte le service ne conservant qu'un très léger épanchement de chaque côté. Le 4 avril la malade revient et

malgré le traitement suivi l'hydarthrose des deux genoux a manifestement augmenté surtout à gauche.

Le 14 avril, état stationnaire; on a depuis perdu de vue la malade.

OBSERVATION II (Résumée)

(Gouget, *Annales de Dermatologie*, 1889.)

P... Emile, 37 ans, facteur; entre le 21 mars 1888 salle Saint-Louis lit n° 25. Pas d'antécédents héréditaires importants, pas de rhumatisme, très bonne santé habituelle.

Chancre induré de la verge il y a quatre mois; traitement par la liqueur de Van Swieten.

A son entrée, syphilides papuleuses confluentes sur la face et le cou, discrètes sur les bras et les jambes ainsi que sur le cuir chevelu où elles deviennent croûteuses, les cheveux commencent à tomber. Asthénie.

Dans les deux genoux qui d'ailleurs ne présentent à la vue rien d'anormal, nous constatons un notable épanchement à peu près égal des deux côtés. Les épiphyses péri-articulaires sont douloureuses à la pression.

Traitement mixte, enveloppement ouaté. La malade reste dix-sept jours dans le service. A sa sortie, les syphilides cutanées étaient effacées. L'hydarthrose des deux genoux avait presque complètement disparue; la marche était libre, le malade reprend son métier de facteur en continuant son traitement.

Trois semaines après sa sortie il revient nous voir :

A gauche l'hydarthrose n'est guère plus considérable que lorsque le malade a quitté le service.

A droite au contraire elle a augmenté. Aucune douleur à la pression sauf à gauche.

Le 1^{er} juin, le malade marche aisément et n'éprouve que quelque gêne pour se relever après s'être abaissé. L'hydarthrose a beaucoup diminuée à droite; en mobilisant cette jointure on obtient quelques craquements.

En revanche, à gauche, l'épanchement a sensiblement augmenté.

Le 7 juin, le malade revient nous voir; hydarthrose double; même état. Depuis lors nous l'avons perdu de vue.

OBSERVATION III (Résumée)

(Gouget, *Annales de Dermatologie*)

B... Clémentine, 22 ans, domestique, entre le 7 avril 1888, salle Henri IV.

Bons antécédents ; pas de rhumatisme.

Actuellement deux chancres indurés des grandes lèvres en voie de cicatrisation. Roséole confluyente ; quelques syphilides vulvaires et linguale. Alopecie, céphalée.

La malade se trouvait dans le service depuis plusieurs jours lorsqu'elle accusa une *légère gêne dans les genoux* ; ceux-ci avaient conservé leur coloration normale, mais ils se montraient un peu augmentés de volume et les dépressions de chaque côté de la rotule étaient en partie effacées.

Au palper épanchement bilatéral de quantité notable ; pas de sensibilité à la pression, rien aux autres articulations. Soumise au traitement mixte l'épanchement se résorbe et la malade quitte l'hôpital au bout de dix jours.

OBSERVATION IV

(Citée dans la thèse de Fouquet 1905)

Chancre du méat. Arthralgies, hydarthrose des deux genoux

G... Pierre, âgé de 24 ans, matelot chauffeur, se présente à l'infirmerie le 20 octobre 1873. Homme robuste sans maladie antérieure. Phimosis complet ; prépuce très œdématié ; chancre induré du méat, engorgement ganglionnaire inguinal, céphalée vespérale. Le 1^{er} novembre roséole confluyente du tronc, de l'abdomen, des cuisses et des bras. Traitement : une cuillerée de liqueur de Van Swieten.

Le 10 novembre le chancre est cicatrisé.

Le 12 les mouvements des genoux sont douloureux ; il n'y a ni gonflement, ni changement de coloration de la peau.

Le 13 tuméfaction considérable des deux genoux épanchement articulaire abondant. Traitement : deux cuillerées de liqueur de Van Swieten, vséicatoire sur les genoux.

Le 25 le malade se lève et peut marcher ; le 20 décembre sort guéri.

CHAPITRE II

HYDARTHROSE DOUBLE DES GENOUX DANS LA SYPHILIS TERTIAIRE

Ces hydarthroses se distinguent essentiellement des hydarthroses secondaires en ce *qu'elles s'accompagnent des lésions anatomiques profondes*. Ces lésions ont pu être décelées par les autopsies, qui ont révélé des altérations osseuses, cartilagineuses et synoviales. « Que celles-ci nous échappent parfois nul ne saurait s'en étonner. Il ne faut pas oublier cependant que l'épanchement est un symptôme et non la maladie, que le même symptôme peut se retrouver dans des circonstances différentes, et c'est formuler une conclusion sans preuve que de conclure à la similitude causale ». *La syphilis secondaire léchait les articulations ; la syphilis tertiaire les mord profondément.*

Les auteurs décrivent deux formes d'arthropathies tertiaires.

La forme dite : *Périsynovite gommeuse tertiaire* ou infiltration gommeuse périsynoviale de Lancereaux.

La forme dite : *Ostéo-chondro-arthropathie tertiaire* ou pseudo-tumeur blanche syphilitique de Fournier.

Les deux s'accompagnent d'hydarthrose ; nous les décrirons dans deux sous-chapitres.

A. -- Périssynovite gommeuse tertiaire

(Infiltration gommeuse périssynoviale de Lancereaux)

Elle est caractérisée par l'existence *des foyers gommeux qui se développent dans le tissu cellulaire périssynovial des genoux*. « La présence des masses indurées de forme et d'étendue variable dans le tissu cellulaire fibreux qui double la synoviale est caractéristique de cette variété » (Richer). Elle se montre entre cinq et huit ans après l'accident initial.

SYMPTOMATOLOGIE

L'hydarthrose est le symptôme qui attire l'attention : c'est presque toujours au genou que l'on observe qu'est l'articulation à épanchement par excellence.

Le début est lent et progressif, sans bruit, sans presque attirer l'attention et à la période d'état voici ce qu'on constate :

a) *Signes physiques* : à l'inspection la région des genoux est globuleuse, plus ou moins tendue avec douleurs vagues où un peu de gêne ; à la palpation on constate les signes classiques de l'épanchement qui n'est jamais considérable, et *c'est là que l'exploration commence à devenir intéressante : on découvre dans plusieurs points de l'articulation des masses faisant corps avec la synoviale, de consistance assez ferme, parfois même dure, et plus ou moins circonscrites* « comme si la synoviale était doublée d'un blindage pseudo-

membraneux ferme et résistant » (Fournier). Ces masses sont arrondies ou ovoïde ou encore en forme de plaques étalées ; elles siègent surtout aux points où la synoviale est défléchie. Au genou le cul-de-sac sous-tricipital, les parties latérales de l'articulation de chaque côté de la rotule sont leur siège ordinaire. On peut leur imprimer certains déplacements, ce qui a pu à un examen sommaire les faire considérer comme des corps étrangers (J. Trousseau).

« *Ce sont ces noyaux gros comme des noix, des noisettes, des dattes, ce sont ces plaques grandes comme des pièces de cinquante centimes ou de un franc qui sont les éléments caractéristiques.* La présence des telles lésions constitue une très forte présomption en faveur de la syphilis. »

Dans certains cas bien rares la synoviale est prise dans sa presque totalité et donne à la main qui la palpe la sensation d'une *coque cartonneuse* : la règle est qu'on puisse reconnaître des noyaux isolés d'ailleurs en petit nombre. Généralement dans l'intervalle des portions épaissies la synoviale reste souple, mince *et qu'en aucune partie on ne rencontre des fongosités*. Cette constatation négative est d'une importance capitale. En présence d'une lésion articulaire chronique c'est là un élément de diagnostic très important avec les tumeurs blanches qui constituent l'immense majorité des arthropathies chroniques.

Les extrémités osseuses sont généralement intactes, ou tout au moins ne sont pas modifiées d'une manière appréciable à la palpation. Si parfois elles sont prises

c'est à un léger degré — et l'on note seulement un gonflement médiocre, une hyperostose localisée — mais ce sont déjà des faits de transition qui établissent un lien entre cette forme et la suivante.

6° *Les Signes fonctionnels*, sont presque insignifiants. Les mouvements sont conservés et s'exécutent dans une étendue presque normale. Il n'y a ni limitation, ni raideur, ni contractures musculaires comme dans d'autres lésions des jointures. Le déplacement des surfaces articulaires détermine souvent des *frottements* ou des *craquements rugueux* tenant au dépoli des cartilages ou à l'épaississement des franges synoviales, certains muscles du voisinage sont toujours notablement atrophiés. Le triceps au genou.

ÉVOLUTION

Quant à cette période on administre le traitement on voit bien vite l'articulation changer de physionomie. C'est avec une rapidité surprenante que les masses gommeuses diminuent, s'effacent, fondent. En peu de jours les tissus s'assouplissent, l'épaississement lui-même se résorbe et la région reprend son aspect primitif. Inversement si on laisse évoluer ces lésions l'aspect se modifie mais presque toujours très lentement. Les gommessous-synoviales dont nous avons noté la consistance ferme et dure se ramollissent, elles donnent alors au palper une sensation toute différente qui peut induire en erreur, car on pourrait les prendre pour des fongosités. Morestin a observé un cas de ce genre à l'hôpi-

tal Necker en 1893. La maladie avait été considérée comme une tumeur blanche des genoux car on notait surtout le pourtour de l'articulation des foyers mollasses, une gomme cutanée lui permit de faire le diagnostic et la malade guérit en deux semaines de l'arthropathie pour laquelle elle était soignée depuis plusieurs mois. La gomme synoviale peut encore s'ouvrir dans l'articulation ce qui détermine une assez vive réaction et provoque une arthrite aiguë. Enfin il arrive que la nécrose et l'élimination des produits gommeux d'une part ulcèrent les téguments, de l'autre détruisent une partie de la synoviale et souvent sa cavité, il en résulte les plus fâcheux accidents, c'est une porte d'entrée à l'infection et il se produit une arthrite suppurée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une autopsie de Lancereaux se rapporte au type que nous étudions. Gangolphe a mis en doute la légitimité de ce type : *« rien ne prouve, dit-il, que les lésions aient été localisées à la synoviale. Les os étaient peut-être atteints et leur intégrité apparente ne prouve nullement qu'ils fussent réellement sains. »* Mais c'est aller trop loin que de vouloir subordonner d'une façon consistante et rigoureuse les lésions synoviales aux lésions osseuses.

La lésion microscopique initiale est le *nodule gommeux* formé par un amas de cellules embryonnaires dont le centre est en voie de dégénérescence. Ce nodule gommeux est un élément isolé. L'ensemble de

plusieurs nodules constitue *une gomme*. Celle-ci peut être plus ou moins volumineuse mais conserve toujours comme élément essentiel le nodule gommeux. La gomme a une coloration jaune ocre, une consistance molle, quand elle se développe dans la moelle osseuse elle en détruit progressivement les cellules graisseuses, qui sont remplacées par des petites cellules rondes ; la moelle prend un aspect gélatineux, le tissu osseux peut ne pas participer au processus de dégénérescence gommeuse, mais le plus souvent au voisinage de la gomme il se produit un foyer d'*ostéite raréfiante* et par processus initiatif de *l'ostéite hypertrophiante* sous périoste. C'est alors seulement que *le syphilome osseux* est appréciable macroscopiquement.

Deux processus sont possibles dans l'évolution d'une gomme péricapsulaire : *la sclérose, et le ramollissement*. Dans la sclérose, le tissu envahi par le syphilome s'épaissit, se durcit, se sclérose, tantôt d'une façon uniforme ou par amas élargis qui finissent par englober la synoviale et donner à la capsule la consistance d'un carton épaissi. Ce sont ces épaississements localisés qui constituent le *blindage partiel* ou *blindage en plaques* de Fournier.

Dans d'autres cas le syphilome évolue vers la suppuration, la gomme se ramollit et suppure.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est basé sur *l'absence des lésions osseuses* qui est bien mise en lumière par l'examen radiographique, sur l'irrégularité de la synoviale tan-

tôt ramollie, tantôt sclérosée, sur l'absence des fongosités. Les lésions portent exclusivement sur les parties molles et sont particulièrement influencées par le traitement syphilitique.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec la *tuberculose*. Ces noyaux, ces épaissements ayant pour lieu d'élection les points de reflexion de la séreuse, les culs-de-sac, on retrouve des choses très analogues dans certaines synovites tuberculeuses. Mores-tin a observé deux exemples de synovites hyperplastiques tuberculeuses circonscrites, et si ce n'était point dans des sujets jeunes et strumeux et ne présentaient par ailleurs aucune marque de syphilis on aurait pu hésiter. Le traitement ne comporte aucune indication particulière.

B. — Ostéo-chondro-arthropathie tertiaire

(ou pseudo-tumeur blanche syphilitique)

Ce n'est plus la synoviale qui est en cause ici mais le *squelette*. Pendant longtemps la lésion est limitée à une extrémité, et les autres éléments de l'article ne sont pris que secondairement. Le genou se déforme, devient globuleux, augmente de volume.

Cet aspect simule au premier abord celui d'une tumeur blanche, mais ce n'est qu'une analogie superficielle et grossière. Le professeur Fournier a désigné cette forme : pseudo-tumeur blanche syphilitique tertiaire, pour indiquer l'erreur fréquemment commise qui consiste à confondre la maladie avec la tumeur blanche véritable. La lésion est surtout *hypertrophiante*

et c'est le détail le plus caractéristique : un des os est augmenté de volume, un seul habituellement et Méricamp insiste sur cette localisation. Cette forme est moins rare qu'on le pense. Dans sa statistique de ville le professeur Fournier sur près de 500 sujets affectés d'accidents syphilitiques de tout ordre n'en trouve que 30 sujets ayant offerts les symptômes de syphilis articulaires (24 hommes, 6 femmes). Mais j'ai conscience, ajoute le savant Professeur, que ce nombre est au-dessous, bien au-dessous, de la réalité et qu'il devrait être majoré. Cette forme apparaît plus ou moins tardivement de cinq à sept ans après le chancre ; c'est surtout de huit à vingt ans après qu'on le voit survenir ; les 3/5 de ces arthropathies s'observent sur les genoux : 29 localisations aux genoux sur 51 cas d'arthropathies.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début est lent et progressif et se fait sans élévation thermique ni réaction générale, le plus souvent le malade ne vient consulter que parce que ses genoux augmentent de volume ; or les lésions à ce moment sont plus avancées qu'elles ne paraissent. On peut diviser l'évolution clinique en trois périodes qui répondent assez bien aux périodes anatomiques que nous envisageons plus loin.

a) PREMIÈRE PÉRIODE. — *Ostéite*. — Plus ou moins courte cette période est caractérisée uniquement par la *douleur*. Ces douleurs sont tantôt spontanées, tantôt elles n'existent que lorsqu'on exerce une pression sur les

points malades. L'examen permet de constater qu'il existe un ou plusieurs points douloureux osseux.

b) DEUXIÈME PÉRIODE. — *Hyperostose*. — Peu à peu toute l'extrémité articulaire augmente de volume. On constate que, soit le fémur, soit le tibia, soit les deux os à la fois sont augmentés de volume. La rotule elle-même est comme élargie, étalée. L'augmentation de volume de l'os est régulier, l'os est épaissi en masse et l'on n'observe pas ces irrégularités bizarres qu'on rencontre dans les arthropathies déformantes de la syphilis héréditaire. L'hyperostose peut se prolonger plus ou moins sur la diaphyse mais le plus souvent reste localisée à la région épiphysaire. La palpation ne permet de sentir aucun épaissement synovial en aucun cas on ne perçoit des fongosités ; la peau qui recouvre les genoux conserve son aspect normal. Les douleurs existent toujours plus intenses, surtout nocturnes, les mouvements ne sont pas encore gênés.

c) TROISIÈME PÉRIODE. — *Hydarthrose*. — Les genoux augmentent encore de volume, due non plus à l'hyperostose mais à l'épaississement de la synoviale et la formation d'un épanchement à son intérieur. C'est à cette période qu'on peut faire un rapprochement entre la tumeur blanche tuberculeuse et la pseudo-tumeur blanche syphilitique. Les genoux sont globuleux, très augmentés de volume, surtout en haut au niveau des culs-de-sac sous-tricipitaux. Les cuisses comme les jambes paraissent en comparaison très amincies et les membres prennent l'aspect d'un fuseau, d'un gigot ; la peau distendue et légèrement amincie, la circulation veineuse

dessine à sa surface un fin réseau bleuté. La palpation permet de sentir les extrémités osseuses plus ou moins augmentées de volume, douloureuses en certains points ; en outre la main sent que la synoviale est épaissie en totalité.

Lorsque l'épanchement n'est pas très abondant, ce qui est la règle on peut percevoir le choc rotulien ; les mouvements sont limités ; il n'y a pas de positions vicieuses, ni d'ankylose précoce qui sont la règle dans la tumeur blanche tuberculeuse, et qui sont deux bons signes en faveur de la nature syphilitique d'une arthropathie. On ne sent pas de fongosités, pas d'engorgement ganglionnaire. Enfin la plupart des sujets atteints sont amaigris, cachectiques par suite d'insomnies dues aux douleurs ostéocopes.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Cette affection n'a aucune tendance à guérir spontanément contrairement aux manifestations secondaires ; non traitée elle dure longtemps. Un caractère assez fréquent de l'épanchement dans cette forme c'est qu'il est sujet à des *disparitions et réapparitions successives*. Quoi qu'il en soit, plusieurs terminaisons sont possibles. L'*ankylose* est discutée. Bouilly et Lancereaux ne l'ont jamais vu. J. Voisin a observé l'ankylose des deux genoux. Defontaine ne l'admet pas.

La déformation est fréquente due au travail de l'ostéite condensante : les épiphysés restent grosses, même après la disparition de l'épanchement. Deux

terminaisons sont moins fréquemment observées mais plus sérieuses. *La fracture spontanée et l'ouverture d'une gomme épiphysaire dans l'articulation.*

L'examen radiographique donne des renseignements souvent peu net, dans les cas typiques il traduit la raréfaction osseuse centrale et à la périphérie l'hyperostose mais, d'autres fois, ces signes sont peu accusés. Malgré la sensation d'hyperostose, d'ostéophytes parfois considérables la radiographie ne montre qu'un peu d'irrégularité du périoste avec gonflement osseux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mericamp a eu la bonne fortune de faire la première autopsie de pseudo-tumeur blanche syphilitique et il démontre l'importance des lésions osseuses. « *Celles-ci sont constituées par des noyaux de dimensions variables, d'aspect gélatineux, avec des petits points caséux jaunâtres au centre, alors que la périphérie est légèrement rosée; le tissu osseux est raréfié dans le point occupé par les lésions mais au pourtour de celle-ci il y a une tendance marquée à la formation d'une barre ostéo-fibreuse* » (Gaugolphe).

Etudions les différentes lésions :

a) *Lésions osseuses.* — La gomme primitive se développe en tissu osseux de l'épiphyse ou de la diaphyse juxta-épiphysaire. Le syphilome en croissant détruit devant lui le tissu osseux rendu friable par l'ostéite raréfiante, il se dirige vers les surfaces articulaires et peut atteindre le cartilage d'encroûtement par sa face

profonde; l'extrémité articulaire peut être creusée d'une série de canaux, des galeries qui diminuent d'autant sa solidité; les tunnels intra osseux contiennent de la matière pulpeuse jaunâtre; ils viennent quelquefois jusque sous le périoste qui se décolle en partie, le canal médullaire est dilaté, prolongé du côté de l'extrémité osseuse malade, il est rempli de matière pulpeuse de couleur jaune rouillée ou jaune d'or.

b) *Lésions cartilagineuses*. — Le cartilage est toujours secondairement atteint; les lésions consistent quelquefois en un dépoli du cartilage, d'autres fois il est le siège d'érosions superficielles en coup d'ongle, ou d'ulcérations rondes de quelques millimètres. Lorsque les lésions sont plus étendues le cartilage peut être détruit sur une grande étendue. Enfin il existe rarement un état vilieux particulier du cartilage signalé par les auteurs allemands. Ces villosités forment comme un chevelu qui est appendu au cartilage.

c) *Lésions synoviales*. — Epaissie soit en totalité soit en partie, elle est rouge, finement vascularisée, hyperémique. Ces épaississements localisés peuvent donner lieu à la formation de corps étrangers articulaires. A la période d'épanchement elle se distend et se remplit d'un liquide qui n'est jamais abondant. La synoviale ne contient jamais de fongosités; c'est là un caractère fort important sur lequel beaucoup d'auteurs s'appuient pour refuser à l'affection le nom de pseudo-tumeur blanche. Il ne peut y avoir des tumeurs blanches sans fongosités.

DIAGNOSTIC

Ce diagnostic est essentiel à établir de façon précise et sûr. On comprend l'importance de cette recherche au point de vue du traitement à instituer et l'intérêt qu'il peut y avoir à agir vite.

C'est surtout avec la tumeur blanche tuberculeuse que le diagnostic est difficile.

Fouquet a établi un tableau des différents signes différentiels que nous allons reproduire.

Tumeur blanche, tuberculeuse

Pseudo-tumeur blanche, syphilitique.

I. — *Signes physiques.*

Réseau veineux plus marqué; gonflement de consistance inégale, empâtement fongueux, fausse fluctuation.

Orifices des trajets fistuleux cutanés fréquents.

Engorgement ganglionnaire correspondant de règle.

Contractures, attitudes vicieuses.

Réseau veineux moins marqué, gonflement osseux dur, fluctuation vraie.

Orifices trajets fistuleux rares.

Engorgement ganglionnaire rare.

Ni contractures, ni attitudes vicieuses.

II. — *Signes fonctionnels.*

Mouvements très limités douloureux. Douleurs spontanées violentes.

Mouvements conservés ou gênés seulement par l'épanchement. Douleurs peu marquées et surtout nocturnes.

III. — *Signes généraux.*

Etat général très mauvais, coexistence des lésions tuber-

Etat général conservé assez bon, coexistence des lé-

culeuses pulmonaires où laryngées.

Température à grandes oscillations.

Marche essentiellement chronique, nullement influencée par le traitement Hg.

sions syphilitiques tertiaires ou viscérales.

Température normale.

Marche assez rapide sous l'influence du traitement Hg.

IV. — *Anatomie pathologique.*

Synoviale très malade, fongosités. Liquide purulent, séquestres osseux fréquents, fusées purulentes dans les diaphyses.

Synoviale épaissie, pas de fongosités. Liquide clair, séquestres osseux rares. Lésions localisées aux épiphyses.

Il faut signaler une autre erreur fréquente : c'est celle qui consiste à prendre pour des lésions syphilitiques, les hydarthroses des genoux simplement parce qu'elles se développent chez des individus syphilitiques. Mores-tin a opéré plusieurs malades à l'Hôpital Saint-Louis qui venaient du service du professeur Fournier auquel ils avaient été adressés pour des accidents de syphilis articulaire. En réalité ils étaient porteurs des tumeurs blanches vulgaires en dépit de la syphilis dont ils étaient atteints depuis plus ou moins longtemps.

A la vérité la syphilis peut favoriser l'évolution rapide de la tuberculose articulaire, mais à part cette marche accélérée, rien ne peut autoriser à admettre une hybridité pathologique avec association des deux maladies au point de vue syphilis.

Le traitement ne comporte aucune indication particulière.

OBSERVATION V (Résumée)

(Recueillie dans le service du D^r Milian)

Hydarthrose syphilitique à bascule

C... Marie, 30 ans, domestique. Ayant accompagné sa petite fille âgée de 15 mois à la consultation de l'Hôpital Bretonneau, pour une éruption sur la vulve, les jambes, ainsi que sur les amygdales et la langue, on soupçonne la syphilis de la mère et on pratique une prise de sang qui s'est montrée positive.

Elle vient alors consulter à Saint-Louis et fut mise au traitement anti-syphilitique le 15 juillet 1921 (15 suppositoires de Hg avec une série de 6 piqûres de néo de 0 gr. 15 à 0 gr. 60, reprise un mois après).

La dernière piqûre date du 28 janvier 1922 ; le traitement est parfaitement supporté.

Antécédents personnels. — Née à terme, réglée à 16 ans, pas de fausses-couches, une grossesse à 20 ans, enfant né à terme, à marché 16 mois, toujours bien portant jusqu'à l'ictère.

Antécédents héréditaires. — Père vivant bien portant, mère morte de phlébite à 57 ans, un frère bronchitique, 3 sœurs bien portantes.

Le 6 février 1922 est admise au service avec sa petite fille présentée pour ictère à la salle Lugol.

Examen. — Pas de lésions des muqueuses ni des téguments (noevi verruqueux et pigmentaires), nombreux ganglions inguinaux et rétro-sterno-mastoïdiens).

Réflexes normaux.

Séro-réaction, sang : 0.

Soumise au traitement arsenical.

Deux jours après son entrée à la salle Henri V, elle se plaint de son genou gauche augmenté de volume ; les cul-de-sac synoviaux sont apparents et distendus. On peut mettre en évidence le choc rotulien. Douleurs vives à la flexion du genou.

Il y a deux ans la malade a souffert d'une hydarthrose du genou droit apparue brusquement et guérie rapidement par le simple repos. Actuellement craquement en mobilisant le genou droit.

Le 14 mars 1922. — La tuméfaction du genou gauche est encore très appréciable ; les douleurs sont augmentées.

21 mars. — Tuméfaction perceptible surtout dans le cul-de-sac sous-quatricipital : les douleurs ont disparu, la malade se sent mieux.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Recueillie dans le service du Dr Milian)

D... Velise, 37 ans, célibataire, employé, entre au service le 25 février 1922 pour douleurs dans les genoux et dans le pied gauche.

Il a déjà été soigné au service et a subi un traitement mixte arsénico-mercuriel du 7 juillet 1920 au 7 août 1920 ; dernière injection de néo (0 gr.90) le 7 août 1920. Accident primitif en 1908.

Examen. — Actuellement il ne conserve pas grand signes de syphilis, alopecie de la queue des sourcils, pas d'adénopathies, pas de lésions bucales ni cutanées ; séro-réactions, sang : 0.

Les deux genoux sont augmentés de volume avec légère rougeur des téguments par la palpation, on provoque le choc rotulien des culs-de-sac synoviaux, qui sont distendus, légère douleur à la pression des épiphyses fémorales des deux côtés.

Douleurs fulgurantes survenant à la marche au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et dans la hanche droite, dans les talons.

Cœur normal, poumons normaux.

Pupilles normales, réflexes rotuliens normaux, achilléens normaux.

Traité par les sels de bismuth 0 gr. 20 tous les deux jours en injections sous-cutanées ; le malade quitte le service trois semaines après son entrée, très amélioré ne se plaignant plus de ses genoux.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Tirée de l'article du professeur A. Broca, *Presse médicale*,
2 novembre 1921.)

Le 9 février 1918, entré à l'hôpital de Vaugirard un homme de 35 ans dont le genou droit était devenu gros et très doulou-

reux en février 1916, sans cause connue. Mis en réforme temporaire le 18 avril 1916 pour arthrite bacillaire possible (mère morte phthisique, sœur atteinte de tumeur blanche), fut récupéré en service auxiliaire en octobre même année.

Evacué en mars 1917 sur un hôpital de Rennes pour irido-choroïdite, il fut très rapidement guéri, mais il rechuta en novembre ; les deux fois on a diagnostiqué iritis rhumatismal. Après cette seconde atteinte l'homme rejoignit le 5 janvier 1918, mais dès le 26 il était envoyé au Grand Palais pour hydarthrose bilatérale des genoux. Après ponctions et injections d'éther iodoformé, le 16 février les genoux furent immobilisés en même temps qu'il était institué jusqu'au 10 mars 1918 un traitement médical. C'est comme tuberculose bilatérale des genoux qu'il fut évacué du Grand Palais le 22 mars dans un des services secondaires du professeur Broca. A l'examen, les genoux étaient déjà secs, mais il présentait sur les jambes des cicatrices arrondies bleuâtres au centre, brun rouge à la circonférence. L'évolution des hydarthroses bilatérales, les cicatrices des jambes, l'irido-choroïdite à rechute ont fait penser à la syphilis. La séro-réaction s'est montrée positive. Le malade fut soumis à un traitement mixte arsenico-mercuriel, et le 4 avril sortit de l'hôpital très amélioré.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Tirée de l'article du professeur Broca.)

Homme, 31 ans, douleurs avec gonflement du genou gauche sans cause connue en mai 1919.

En avril 1920, le genou droit est pris à son tour.

Traité sans résultats par ponctions, insulations et salicylate. Le centre de réforme demande l'avis du professeur Broca pour ce soi-disant tuberculeux.

A l'examen : hydarthrose bilatérale des genoux, indolence, flexion allant jusqu'à angle droit, synoviale empâtée mais non fongueuse.

La séro-réaction fut positive, le traitement antisiphilitique a été institué et le 18 juin 1915 le malade guérit de ses hydarthroses avec légère atrophie.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Tirée de l'article du professeur Broca.)

Le 5 décembre 1919 entrait au service du professeur Broca un homme de 26 ans pour le diriger sur un hôpital marin considéré comme atteint d'hydarthrose tuberculeuse des deux genoux et ayant servi à une épreuve d'agrégation au Val-de-Grâce.

Examen. — Hydarthrose double des genoux, synoviale épaisse mais non fongueuse ; pression douloureuse sur l'interligne articulaire en dehors, rien à la radiographie.

Début brusque à gauche, en novembre 1918 sans fièvre. En avril 1919, atteinte du genou droit qui provoqua l'envoi au Val-de-Grâce.

Séro-réaction positive. Traitement mixte arsenico-mercuriel. Guérison le 24 février 1920.

En mars 1921, ne présentait qu'un peu d'atrophie musculaire et un peu d'épaississement synovial, à la radiographie hyperostose verticale sur chaque plateau tibial externe.

OBSERVATION X (Résumée)

(Tirée de l'article du professeur Broca.)

Homme, 41 ans, entre le 15 mai 1918 dans le service du professeur Broca. Souffre d'une hydarthrose bilatérale depuis mai 1913. A cette époque, après diagnostic d'hydarthrose double syphilitique, fut soigné à l'arsénobenzol dans un service spécial de vénéréologie. Le gonflement des genoux recommença à la marche et le 31 août 1916, le professeur Broca institua un traitement mixte arsenico-mercuriel. Guérison.

CHAPITRE III

HYDARTHROSE DOUBLE DES GENOUX DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

On désigne sous le nom de *sypphilis héréditaire*, celle que l'enfant apporte en naissant.

Tantôt les accidents syphilitiques éclatent dès sa naissance, c'est la *sypphilis héréditaire précoce*.

Tantôt ces accidents n'apparaissent qu'à un âge relativement avancé, c'est la *sypphilis héréditaire tardive*. Sous le nom de syphilis héréditaire tardive, on désigne dit le professeur Fournier « l'ensemble des accidents syphilitiques qui dérivant d'une infection héréditaire se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie c'est-à-dire au cours de la deuxième enfance de l'adolescence et de l'âge adulte ».

Pour Lerredde la syphilis héréditaire tardive n'est qu'une syphilis héréditaire précoce tardivement diagnostiquée.

La syphilis héréditaire pas plus que la syphilis acquise n'épargne les genoux, toutes proportions gardées, il semble même que les arthropathies soient plus fréquentes que dans la première.

Ces arthropathies de la syphilis héréditaire ressemblent beaucoup à celles de la syphilis tertiaire et

certain auteurs ont été jusqu'à les réunir dans une description commune. Il y a cependant un intérêt à les mettre à part. Cette séparation est nécessaire dit Morestin car l'identité n'est pas absolue. Si l'on peut chez l'adulte défendre cette opinion que la syphilis articulaire est une conséquence éventuelle, une complication, un accident dans l'évolution de la syphilis osseuse, à plus forte raison peut-on admettre chez l'enfant une évidente solidarité entre les manifestations osseuses et les lésions articulaires.

Chez l'enfant en effet les extrémités osseuses sont perpétuellement en travail, elles se façonnent, grandissent, s'ossifient, évoluent avec une rapidité qui implique des ossifications constantes et très actives.

L'hydarthrose dans la syphilis héréditaire *peut se manifester suivant deux modalités différentes* :

Tantôt elle n'est qu'une épiphénomène et les symptômes osseux sont au premier plan et précèdent l'hydarthrose comme dans la forme dite ostéo-chondroarthropathie héréditaire (ou pseudo-tumeur blanche, Σ héréditaire).

Tantôt l'hydarthrose domine, la scène existe seule, l'examen clinique ne révélant aucun phénomène anormal du côté du squelette. C'est l'hydarthrose double héréditaire. Cette dernière forme décrite pour la dernière fois par Clutton en 1886 constitue semble-t-il une entité morbide. Est-ce à dire que cette formesoit une entité anatomique, qu'en réalité n'existe pas une lésion osseuse légère qui explique l'épanchement articulaire ? Nous n'en savons rien les examens anatomi-

ques nous manque, l'examen radiographique en tout cas montre un squelette qui semble absolument normal. Le professeur Fournier a étudié cette dernière forme et il arrive à cette conclusion que : *L'hydarthrose ne fait que masquer les tuméfactions osseuses dont elle n'est qu'un épiphénomène.*

Nous étudierons donc dans deux sous-chapitres :

I. *L'hydarthrose double syphilitique de Clutton.*

II. *L'ostéo-chondro-arthropathie syphilitique héréditaire.*

A. — **Hydarthrose double de Clutton**

Étudiée pour la première fois par Clutton en 1886 mérite de porter son nom car cet auteur a insisté sur la bilatéralité habituelle de l'affection.

A la suite de Clutton de nombreux auteurs ce sont occupés de la question. Kirmisson et Jacobson en ont fait une étude très importante dans la revue d'orthopédie. Avec les travaux de Fouquet, Merlier, Jacqueau, Cantonnet et Aimes, la question est entrée dans une nouvelle phase.

D'après ces auteurs non seulement l'hydarthrose double et fréquente chez les hérédosyphilitiques, mais elle constitue *un des meilleurs signes d'hérédospécificité et doit être placée à côté de la kératite interstitielle des manifestations dentaires et de la surdité qui constituent la triade classique d'Hutchinson.* Mieux encore dit Cantonnet : « *La triade d'Hutchinson doit s'élargir et de par l'admission d'un quatrième symptôme devenir une tétrade. Si cependant pour des raisons*

historiques et non scientifiques on voulait conserver cette expression de triade d'Hutchinson, il faudrait en faire sortir le symptôme surdité pour y placer l'hydarthrose bien plus fréquente qu'elle ». Les preuves sont d'ailleurs faciles à fournir de cette fréquence ; puisque Fouquet, sur 40 cas d'arthropathies chez les hérédos-spécifiques trouve l'articulation du genou frappé douze fois et les deux genoux treize fois. Sur 11 cas d'hydarthrose double Clutton trouve 10 cas de kératites.

Cette hydarthrose double s'observe classiquement *entre 8 et 13 ans*. Cependant on peut voir des variantes 3 ans, 5 ans 1/2 (notre observation), 6 ans. Kirmisson a observé un cas chez un nourrisson de dix-huit mois. D'autre part l'affection peut frapper des sujets plus âgés 25 ans, 27 ans et davantage (Broca).

SYMPTOMATOLOGIE

Elle se présente le plus souvent suivant le type décrit par Clutton qui, se basant sur 11 observations, donne de l'affection les caractères distinctifs suivants :

a) La *bilatéralité et la symétrie* des lésions, signes extrêmement importants qui avec l'absence (apparente) des lésions osseuses sont presque caractéristiques. L'affection siège presque toujours aux genoux qui sont généralement pris l'un après l'autre (deux ans après chez un malade de Clutton), à l'exploration on constate manifestement la présence de liquide, mais jamais l'hydarthrose ne donne la sensation d'une tumeur ten-

due (Kirmisson) la synoviale souvent épaissie peut faire croire à l'existence des corps étrangers articulaires.

b) *L'indolence fonctionnelle* n'est pas un signe sur lequel on puisse compter : une malade de Fouquet ressentait des douleurs assez vives pour amener une impotence fonctionnelle — mais généralement les mouvements passifs ne sont pas douloureux — il n'y a ni contractures, ni attitudes vicieuses, tous les mouvements de la jointure sont possibles.

c) *L'intégrité tout au moins apparente des extrémités osseuses.*

d) *L'influence du traitement antisypilitique* qui détermine une guérison rapide et complète.

Cette hydarthrose double paraît en effet peu grave et on peut observer la résorption spontanée de l'épanchement mais le plus souvent cette guérison n'est qu'apparente car dès qu'un côté paraît guéri l'autre se prend à son tour (hydarthrose à bascule), même si la lésion locale disparaît, l'infection sypilitique continue à évoluer et produit des arthropathies à distance des raiders et des complications, telle qu'une perforation de la voûte palatine (Aimes). Ce ne sont pas les seules complications, et si l'hydarthrose double paraît bénigne encore faut-il la traiter énergiquement sous peine de la voir se transformer en arthropathie grave avec épaississement de la synoviale néoformations osseuses, déformations articulaires définitives :

DIAGNOSTIC

Il est possible si d'autres lésions nettement syphilitiques sont associées à l'épanchement articulaire, tels que, anémie, aspect vieillot, chétif, effondrement des os du nez, triade d'Hutchinson, hyperostoses, etc., ou si l'on a l'attention attirée sur la fréquence de cette localisation, et quand on interroge les parents « *c'est autant les parents que l'enfant lui-même qu'il faudrait étudier examiner dans les cas douteux et insidieux* » (Mauclaire)-

Pour le diagnostic différentiel il faut tout d'abord éliminer le *traumatisme* si souvent invoqué par les parents, et bien rarement en cause, ou n'ayant joué qu'un rôle révélateur.

Si l'hydarthrose est spontanée, quatre causes peuvent chez l'enfant lui donner naissance.

I. — *L'hydropstuberculosis* frappe un sujet à état général plus ou moins altéré, anémique atteint de micropolyadénopathie, il y a des douleurs, la synoviale est épaissie, il existe des points osseux douloureux, de l'atrophie musculaire, contractures précoces. Le liquide retiré par ponction renferme des précipités fibrineux, il tuberculise souvent le cobaye, pas toujours, il est riche en lymphocytes (cyto-diagnostic).

II. — *L'hydarthrose blennorrhagique* s'observe chez les petites fillettes atteintes de vulvo-vaginite, elle frappe de préférence le genou gauche, elle est extrêmement douloureuse, s'accompagne de gonflement des parties

molles péri-articulaires et le liquide retiré par ponction est louche et franchement purulent.

III. — *Les arthrites infectieuses* s'observent après la rougeole, la scarlatine, la variole, la pneumonie, parfois après une angine, une furonculose. L'affection est généralement aiguë et toujours douloureuse même dans les formes à évolution lente.

IV. — *Les arthropathies des hémophiles* non douloureuses, sans points osseux douloureux, elles frappent souvent plusieurs articulations souvent les deux genoux, mais elles s'observent surtout chez des garçons ayant présenté des hémorragies abondantes et difficiles à arrêter. Elles débutent brusquement et s'accroissent par poussées hémarthrosiques successives. Dans les cas douteux il faut éviter de ponctionner l'articulation, il peut en résulter des hémorragies graves et parfois mortelles.

TRAITEMENT

Doit être aussi précoce que possible et pour cela il importe de poser un diagnostic étiologique exact. Celui-ci n'est facile que si l'enfant est un hérédo-spécifique avéré dont on connaît les antécédents d'où l'importance de l'interrogation des parents.

Le traitement doit être longtemps continué après la guérison apparente sous peine d'observer des récidives et apparition d'autres accidents syphilitiques.

OBSERVATION XI

Communication orale (D^r Milian)

Jeune femme de 22 ans, consulte le D^r Milian en juillet 1921 pour des plaies des jambes datant de six mois ; elle a été soignée par plusieurs médecins sans éprouver aucune amélioration sensible.

A l'examen : sur le 1/3 inférieur et interne de la jambe droite, vaste ulcération de dimensions d'une paume de main, à contour polycyclique à bords nettement découpés et à fond bourbillonneux ; à la périphérie large placard couleur rouge violacé très infiltré ; au voisinage trois autres ulcérations d'une pièce de deux francs. Mêmes lésions sur la jambe gauche.

Depuis l'âge de huit ans, la malade présente une volumineuse hydarthrose double aux genoux avec choc rotulien, sans changement de coloration de la peau à son niveau, sans douleurs ni atrophie musculaire. Malgré son hydarthrose bilatérale la malade a continué à vaquer à ses occupations et même à danser.

Traitée pour hydarthrose, tuberculose et envoyée à Berck-sur-Mer pendant deux ans, n'a éprouvé aucune amélioration.

Mise au traitement antisyphilitique, les ulcères des jambes ont disparu, l'hydarthrose s'est fortement améliorée. Rien aux autres appareils, réflexes osseux, pupilles normales, rien au cœur.

Antécédents héréditaires. — Mère traitée pour irido-choroïdite par injection Hg. Père présente un syndrome tabétique fruste.

OBSERVATION XII (résumée)

(In thèse de Marin-Saint-Pierre. Lyon, 1900.)

G... Gabrielle, 13 ans. Mère contracte syphilis à 18 ans. Mariée à 23 ans, deux fausses-couches. Troisième enfant actuel. Enfant atteint de jettage abondant et constant. Mit ses premières dents tard qui étaient très petites.

A 11 ans, les genoux gonflent, le genoux gauche d'abord, puis le genou droit, la marche n'étant pas douloureuse mais simplement gênée. Le traitement KI + Hg fit diminuer l'épanchement sans le faire disparaître.

Le 27 mars 1898, entre à la Charité au service du Dr Jossierand elle a son arthropathie depuis six mois. Hydarthrose assez marquée du côté gauche, peu intense à droite. La fluctuation est nette, choc facilement senti, pas de fongosités ni corps étrangers, pas de points douloureux, pas de gêne à la marche, pas d'attitudes vicieuses, pas d'augmentation épiphysaire, traitement KI + frictions Hg. La malade sort guérie et continue le traitement chez elle.

En novembre de la même année. L'hydarthrose récidive, l'état des genoux est le même qu'à son précédent séjour, injections calomel, guérison. Part, va bien pendant huit mois. Elle revient le 8 décembre 1899. L'enfant ne se plaint pas des genoux mais de sa tibio-tarsienne gauche, on n'y découvre rien d'anormal. Les genoux contiennent du liquide, craquements pendant les mouvements, la malade ne suit plus son traitement.

OBSERVATION XIII

(In thèse Merlier. Paris, 1918.)

B..., 9 ans, mère saine. Père syphilitique avéré. On l'amène le 10 février 1903 au cours d'une poussée de kératite double. Les deux genoux sont fortement gonflés, surtout le gauche où l'on perçoit un choc rotulien des plus manifeste, le jeune malade pourtant ne s'en plaint pas et il en souffre à peine lorsqu'il marche beaucoup, traitement, sirop de Gibert pendant quinze jours alternés avec quinze jours de traitement ioduré.

Le 20 mars, amélioration sensible des genoux sauf le gauche.

Le 16 avril, guérison des arthropathies, le malade repart chez lui. Or, le 10 janvier 1907, soit quatre ans après, l'enfant revient avec rechute de kératite à gauche ayant coïncidé avec une douleur légère du genou gauche où l'on retrouve à nouveau une hydarthrose manifeste, reprise du traitement et guérison définitive en trois mois.

OBSERVATION XIV

(In thèse Merlier. Paris, 1918.)

Mme-M..., 26 ans. Père alcoolique et à peu près sûrement syphilitique. La malade est venue au monde après deux enfants mort-nés.

Le 6 février vient consulter pour une kératite à gauche et arthropathies multiples notamment, double hydarthrose aux genoux avec choc rotulien.

Le 13 juin, amélioration sensible après le traitement, disparition du gonflement articulaire sauf au genou droit, depuis extension définitive le 9 janvier suivant tous les orteils étaient parfaitement libres ; Le 9 mars, rechute de la kératite à droite en même temps gonflement du genou gauche. La malade reprit du sirop Gibert, la guérison fut assez rapide après un mois et demi.

Nota. — Le fait intéressant dans ces deux dernières observations et la récurrence des arthropathies en même temps qu'il survient à nouveau une poussée de kératite, il y aurait donc entre la kératite et les arthropathies une sorte de solidarité rappelant les connexions de certaines ophtalmies de la blennorrhagie avec les arthropathies (observation Poncet de Cluny).

OBSERVATION XV (très résumée)

(in thèse Merlier.)

A. B..., 9 ans, deux frères morts en venant au monde.

Le 30 novembre 1917, se déclare au genou droit une hydarthrose indolore. Quatre jours après le genou gauche est pris à son tour.

Le 18 février 1908, on prescrit du sirop de Gibert.

Le 19 mars, amélioration sensible des genoux ; à gauche, il existe encore un assez fort gonflement. Le malade ne revient plus à la consultation.

OBSERVATION XVI (résumée.)

(in thèse Devaux. Paris, 1898)

Marthe, 11 ans, est amenée le 9 novembre 1897 à la Clinique du Dr Mecker et Wasselin pour double kératite ; on ne trouve

pas d'antécédents. En février 1897, l'enfant est prise de douleurs dans le genou droit qui augmente de volume. Quinze jours après le genou gauche reprend à son tour. En avril 1898, genoux très gros. La petite malade est soumise au sublimé, amélioration rapide.

OBSERVATION XVII (résumée.)

(Observation du Dr Fromaget *in* thèse Sancet-Berdeau, 1904.)

M. B..., 14 ans, syphilitique héréditaire.

Le 22 juin 1903, double kératite intersticielle.

Le 8 juillet, cécité complète.

Le 8 septembre 1903, hydarthrose du genou droit depuis quinze jours la mère place un vésicatoire à trois reprises sans résultats puis des applications sur le genou, de l'onguent napolitain qui provoque au bout de quinze jours une amélioration rapide. L'enfant marche, guérison apparente.

Le 11 novembre 1903, le genou droit gonfle de nouveau puis quinze jours après le genou gauche est pris à son tour.

Le 28 novembre, hydarthrose double, traitement : onguent napolitain qui améliore d'une façon notable les genoux.

Le 9 janvier 1904, guérison des hydarthroses.

OBSERVATION XVIII (très résumée.)

(Observation XII et XIII, *in* thèse de Métayer Paris 1904.)

Hydarthrose double des genoux concomitant avec de la kératite intersticielle et guérie par le traitement antisiphilitique.

B. Ostéo-chondro arthropathie héréditaire

(ou pseudo-tumeur blanche hérédo-syphilitique)

C'est une affection assez fréquente. Le professeur Gaucher a noté qu'un assez grand nombre de ses arthropathies héréditaires étaient considérées comme vraies tumeurs blanches tuberculeuses et soignées comme telles. Envoyées à Bérek-sur-Mer ces enfants

sont reconnus hérédo-syphilitiques et guérissent presque toujours par le traitement antisyphilitique. C'est entre huit et treize ans qu'on les observe le plus souvent. Le siège de prédilections est le genou.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de cette affection est lent et insidieux ; un des caractères fondamentaux *c'est l'indolence fonctionnelle* ; les enfants ne souffrent pas en général de leurs jointures malades. On est frappé dans la plupart des observations de lire que ces petits malades marchent jouent sans se plaindre. L'enfant qui a fait l'objet de l'observation de Dureuil (*in* thèse Fouquet LXXV), était venu à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis.

Un autre symptôme, *c'est la claudication* ; les enfants boitent non parce qu'ils souffrent comme dans la coxalgie, mais parce que les genoux sont déformés, en effet cette déformation est le signe le plus important, les extrémités osseuses qui concourent à fermer la jointure sont augmentées de volume. *Nous croyons pouvoir affirmer, écrit Dureuil, en nous appuyant sur les données cliniques et sur l'opinion de M. le professeur Fournier que la pseudo-tumeur blanche syphilyto-héréditaire a comme caractère essentiel d'être une hyperostose occupant sur une étendue plus ou moins grande l'extrémité des os qui concourent à fermer l'article.*

Quand on palpe l'articulation malade on a sous les doigts la sensation d'une masse solide, dure comme la

pierre unie, lisse comme l'ivoire, c'est l'extrémité osseuse épaissie, la synoviale est également épaissie, très souvent on sent nettement qu'elle présente en certains endroits des épaississements localisés donnant la sensation *des plaques*. C'est le *blindage* de l'articulation, caractère sur lequel insiste le professeur Fournier. *Des fongosités il n'y en a pas*.

On se rend également compte par la palpation qu'il existe une *hydarthrose*. Cet épanchement n'est jamais très considérable, il soulève la rotule, occupe en partie le cul-de-sac sous-occipital et permet d'obtenir le choc rotulien. On serait tenté de croire qu'une articulation qui est le siège des lésions si appréciables doit être frappée d'incapacité absolue. Il n'en est rien. C'est là un des signes les plus caractéristiques et les plus constants. En dehors de la gêne qu'elle éprouve de son développement considérable, en dehors des craquements que l'on constate souvent dans l'intérieur de la jointure pendant les mouvements de flexions et d'extension et d'us probablement aux frottements les uns contre les autres des masses épiphysaires l'articulation a conservé presque complètement sa souplesse et sa puissance.

L'évolution de cette arthropathie est longue de deux à douze mois, et l'action du traitement est lente à se manifester, la guérison n'est souvent qu'apparente. On peut observer à la suite une ankylose peu marquée. Les fractures spontanées, et les fistules sont ici plus rares. Mais il existe une complication spéciale qui tient au jeune âge des malades, c'est le décollement épiphysaire

possible signalé par Lewin et due au travail d'ossification qui n'est pas achevé.

Le diagnostic est parfois très difficile. *Je le répète par ce que je ne saurais trop le répéter ces arthropathies sont particulièrement intéressantes au point de vue pratique en ce qu'elles peuvent facilement donner le change pour des affections articulaires d'autre nature* (Fournier). En présence d'un enfant qui offre les symptômes que nous avons décrits il faut rechercher dans les antécédents héréditaires interroger les parents, savoir si le père n'est pas ancien spécifique, questionner la mère au point de vue de ses grossesses antérieures, enfin il ne faut pas oublier l'examen somatique complet du petit malade.

L'affection qui peut simuler l'ostéo-chondro-arthropathie héréditaire est le plus souvent la tumeur blanche tuberculeuse. Nous avons réunis ailleurs les éléments différentiels.

Le *traitement* doit être uniquement médical, la chirurgie de ces ostéites a des conséquences désastreuses, les hyperostoses augmentent de volume, les plaies ne se referment pas, il se forme de nouveaux séquestres qui nécessitent une nouvelle intervention.

OBSERVATION XIX

(Recueillie dans le service du D^r Milian.)

L... Georgette, 5 ans. Est venue consulter à la polyclinique le 21 mai 1921 pour une grosseur apparue au cou. Il y a un an a eu au genou gauche une hydarthrose ponctionnée par le D^r Mouchet qui diagnostiqua une tumeur blanche du genou. On

retire un liquide granuleux et blanchâtre, puis plâtrée pendant un an. Ankylose, il y a trois mois, épanchement du genou droit non ponctionné. Plâtré pendant deux mois.

Actuellement genou gauche ankylosé en extension, atrophie musculaire bilatérale des mollets et de la cuisse. Au genou droit pas de limitation des mouvements. Pas d'adénopathie inguinale, un peu de genu valgum, gros condyle interne à droite et à gauche.

Il y a un mois et demi, otite moyenne du côté gauche, paracentèse du tympan, écoulement pendant une quinzaine. Quand l'écoulement cesse, un peu de fièvre et le lendemain gros ganglion inflammatoire cervical à droite.

A la suite de l'apparition du ganglion cervical examen du sang, séro-réaction positive.

En 1920, est restée stationnaire à 15 kilos.

Antécédents. — Enfant venu quinze jours avant terme, rougeole antérieure, bien développée, a marché à un an, élevée au biberon. Pas de déformations osseuses, tubercule de Carabelli. Lobule de l'oreille un peu sondé, hyperpilosité du front, front légèrement saillant sur la ligne médiane, grosse chaîne ganglionnaire à droite et à gauche, voix un peu conservée, petite toux sèche, ronfle la nuit.

Mère bien portante, pas de fausses couches, un autre enfant bien portant $W = O$. Père bien portant $W = O$. Traitement arsenical du 21 mai 1921 au 2 juillet 1921 de 0,05-0,25 de novarsénobenzol en sept piqûres intraveineuses, le 6 janvier 1922 Wassermann, sang négatif.

Le 19 novembre 1921, l'enfant va bien quand au genou, mais pâle, mis en van Swieten à LX gouttes par jour.

Le 16 décembre 1921, se plaint depuis deux jours de douleurs surtout nocturnes, vers l'extrémité inférieure du fémur gauche, le matin aucune douleur ni spontanée, ni à la pression, pas de limitation des mouvements de l'abduction de la cuisse.

Le 23 décembre 1921, ne souffre plus de la cuisse gauche, au point anciennement douloureux existe une ecchymose.

Le 6 janvier 1922, se plaint de nouveau du genou gauche, pas d'hydarthrose mais crépitation avec donnée.

Wassermann sang = O Poids 17 kgr. 200.

Le 15 janvier 1922, souffre de nouveau du genou et cuisse gauche, novarsénobenzol de 0,05, à 0,25 intraveineux.

Le 18 janvier 1922, phénomènes cystalyques, pollakinine.

OBSERVATION XX

(Tirée de l'article du Professeur Broca)

Garçon de 20 ans, entre le 30 septembre 1919 à l'hôpital Villemin, deux jours auparavant le malade sentit sans cause comme pendant la nuit une douleur à la face du genou gauche qui enfla, devint chaud et rouge. A l'entrée la température était de 38°, le genou droit était lui aussi douloureux et gonflé, après une poussée de 40° la température tomba après quinze jours à 38° tandis que les genoux désenflaient, mais restaient raidis en extension.

Le 20 octobre, nouvelle poussée aux deux genoux et aux deux pieds sans rougeur, la température oscillant 38 degrés jusqu'au 25 octobre, date à laquelle le malade a été envoyé au service du professeur Broca ; à l'hôpital de Vaugirard on craignait la tuberculose en raison de la rudesse respiratoire aux deux sommets un frère était mort de poitrine.

Examen. — Les deux genoux, le gauche surtout, étaient raidis en extension, globuleux, sans rougeur, un peu chauds, contenant un peu de liquide. Par la pression, douleur sur l'interligne articulaire et le plateau tibial interne, la synoviale était épaissie en avant, mais, le creux poplité était libre. L'état étant le même aux deux tibio-tarsiens. Pendant les jours suivants la température fut sans régularité entre 38-39 degrés, le salicylate de soude fut sans effet. Fallait-il penser à l'action d'un écoulement urétral de brève durée survenu fin septembre et n'ayant aucune trace actuelle ? Le professeur Broca n'y crut guère et fit faire la séro-réaction qui fut positive, malgré l'absence de tout stigmate actuel personnel ou héréditaire. En raison de l'infection il s'est abstenu de donner l'arsénobensol, le traitement mixte ioduro-mercuriel amena en quelques jours l'apyrexie et la résorption des hydarthroses ; le 27 novembre, les pieds étaient normaux, les genoux secs mais la flexion limitée.

Le 25 décembre départ en convalescence.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Due à l'obligeance du Dr Decréton. *Journal des Praticiens*, 1917.)

Femme, 32 ans, opérée de résection articulaire du genou droit pour tumeur blanche une dizaine d'années auparavant. Le

genou gauche est pris à son tour lentement voici plusieurs années. Rien à la poitrine, pas d'adénopathie, état général excellent. Le genou gauche a augmenté de volume depuis un an surtout et il n'est pas douloureux ; à la palpation, on constate le choc rotulien et une infiltration assez consistante des culs-de-sacs latéraux. Pas de collection, les mouvements de flexion se font en partie ; la malade déclare que le genou droit est pris exactement de la même façon. Elle a été soignée dans divers hôpitaux de Belgique, à Bruxelles, où on lui a fait des piqûres intra-fessières, et finalement à Lille où elle a subi son opération. Elle n'a pas subi de traitement depuis.

Une série d'injections in-tramusculeaires quotidiennes de benzoate de Hg d'abord à 0 gr. 01 puis une autre série tous les deux jours à 2 centigrammes amenèrent une amélioration telle que le doute n'étant plus possible sur la nature syphilitique des hydarthroses. Malade suivie pendant un an, perdue de vue depuis.

OBSERVATION XXII

(Observation de Ranguedat, citée par Kirmisson.)

Jeune homme de 17 ans soigné dans le service du professeur Fournier. Mère traitée par Lallier pour des accidents syphilitiques, elle avait eu neuf enfants dont quatre morts à bas âge après avoir présenté des accidents syphilitiques.

Le malade lui-même avait eu dans son enfance diverses manifestations syphilitiques et présentait au moment de l'examen de la surdité des lésions cornéennes et des altérations dentaires.

Il rentrait à Saint-Louis pour une hydarthrose double datant de six mois environ, sans réaction inflammatoire avec légère augmentation de volume des extrémités articulaires et tendance au genu valgum. Pas de douleurs lors des mouvements, le malade marche tout le jour et ne souffre que lorsqu'on fait exécuter à l'article des mouvements de flexion forcée, il fut mis au traitement antisiphilitique pendant trois mois *sans aucune amélioration.*

Ce dernier fait, l'inefficacité du traitement fait douter de la nature réellement syphilitique des accidents attendu

que dans les cas publiés presque toujours l'influence du traitement a été manifestement décisive. On sait cependant aujourd'hui combien certaines manifestations tardives de la syphilis : glossites, syphilides psoriasiformes palmo-plantaires sont parfois peu influencées par le traitement et même certaines manifestations incontestablement syphilitiques, lésions cornéennes, surdité ne sont pas plus que l'hydarthrose modifiées par le traitement dans certains faits rapportés par Ranguedat. Il est donc fort possible qu'il s'agisse dans ces cas, d'un sujet réfractaire comme il en est cité plusieurs exemples dans la statistique d'Augagneur.

TRAITEMENT

Il suffit de lire les observations que nous rapportons pour avoir la conviction que le traitement anti-syphilitique agit contre les hydarthroses syphilitiques et en particulier les hydarthroses secondaires, aussi complètement que pour les autres manifestations de la syphilis. Le point important ici ce n'est pas tant d'instituer le traitement, que de faire le diagnostic de la nature syphilitique de l'hydarthrose. Si l'on ne songe pas à la syphilis, si l'on n'arrive pas à la dépister, on passe à côté du succès. Il est donc de toute nécessité de savoir distinguer l'hydarthrose double syphilitique des hydarthroses d'autre nature et en particulier de nature tuberculeuse, car nous possédons contre la syphilis des moyens d'action énergiques que nous ignorons pour la tuberculose, et que nous pouvons

mettre en action pour le plus grand bien des malades avec d'autant plus de chances de succès que le diagnostic est fait d'une façon plus précoce.

Ce traitement doit être exclusivement médical et sera divisé en traitement local et général.

A) *Traitement local.* — Dans les hydarthroses secondaires on pourra faire avec avantage des applications de teinture d'iode sur la jointure malade. L'enveloppement ouaté, la compression à l'aide d'une bande de flanelle ou d'une bande élastique agira en partie pour diminuer l'épanchement. Les auteurs allemands préconisent aussi dans ces cas les massages, les mouvements provoqués et les bains sulfureux dont ils semblent avoir tiré bénéfice.

Dans les hydarthroses tertiaires deux cas se présentent selon qu'il existe ou non des trajets gommeux péri-articulaires s'étant ouverts à la peau.

Quand la peau est intacte, il faut recourir à l'enveloppement de la jointure à la mobilisation et au massage. Les jointures malades ne doivent pas être immobilisées ou contractées il faut les faire travailler.

Quand la peau de la région articulaire est le siège de trajets fistuleux, il faut les panser aseptiquement, il faut les protéger contre les infections secondaires qui peuvent gagner l'articulation et y produire une arthrite suppurée.

Dans les hydarthroses de la syphilis héréditaire la conduite est la même.

B) *Le traitement général*, qui est de beaucoup le plus efficace ne devra jamais être retardé. Nous disons

plus, dans le cas où le doute est permis sur la nature des hydarthroses, il ne faut pas s'abstenir. « *Dans le doute ne t'abstient pas, répétait toujours le professeur Gaucher* ».

a) *Traitement mercuriel*: chez l'adulte on prescrira les pilules et de préférence les injections mercurielles.

Les pilules employées sont :

Les pilules de Ricord au protoiodure de Hg de 0 gr. 05 chaque pilule.

Ou les pilules de Dupuytren au bichlorure de Hg de 0 gr. 01 chaque pilule.

On fera prendre une ou deux pilules par jour.

B) *Injections mercurielles*. — Si l'on veut agir plus énergiquement et plus rapidement. Elles seront faites toujours profondément intra-musculaires ; nous indiquons comme sel soluble le bensoate de mercure : la formule suivante.

Bensoate de Hg.....	1 gr
Chlorure de sodium.....	0.75.
Eau stérilisée	100

1 cc. = 0 gr. 01 de bensoate.

Une injection tous les jours ou les deux jours, comme sel insoluble : l'huile grise.

Formule de Lafay

Mercure purifié.	40 gr.
Lanoline anhyde stérilisée	12
Vaseline blanche.....	13
Huile de vaseline	35

Trois divisions de seringue de Fournier répondent environ à 0 gr. 07 de Hg, et sept divisions de seringue

de Barthélemy répondent à 0 gr. 07 de Hg. On fera une injection intra-fessière tous les huit jours par séries de 8 injections suivie de quinze jours de repos.

Pour l'enfant. — On emploie encore quelquefois les frictions mercurielles avec gros comme un noisette d'onguent napolitain. Le plus souvent on fait usage de la liqueur de Wan Swieten en raison de X gouttes par année d'âge.

Enfin dans la majorité des cas surtout dans les hydarthroses tertiaires, on joint l'*iodure de potassium*, de 1 à 5 grammes par jour.

Traitement arsenical. — Si l'on veut agir très énergiquement on doit employer concurremment avec les sels mercuriels, les préparations arsenicales en injections intra-veineuses. Les plus employées sont :

L'arsénobensol dont la dose utile est 0 gr. 01 par kilo de poids, soit 0 gr. 60 pour un homme de 60 kilos, il faut arriver rapidement à cette dose par une série d'injections intraveineuses dont on en fait une par semaine :

0,15, 0,30, 0,45, 0,60, en répétant cette dernière dose 0,60 deux ou trois fois pour une même série.

Le novarsénobensol, dont la dose utile est de 0,015 par kilo de poids soit 0 gr. 90 pour un homme de 60 kilos par série de 7 injections intra-veineuses en une semaine d'intervalle.

Chez l'enfant on peut également employer le novarsénobensol moins toxique que l'arsénobensol en raison de 0,015 par kilo de poids, en injections intra-veineuses ou dans les veines épicroâniennes.

CONCLUSIONS

I. La syphilis, bien qu'elle puisse affecter les différentes parties constitutives de l'articulation du genou, peut se localiser à la synoviale et donner lieu à des hydarthroses.

II. Toute hydarthrose spontanée, dite essentielle parce qu'on n'en trouve pas la cause, doit faire penser d'abord à la tuberculose, mais aussi à la syphilis.

III. L'hydarthrose chronique bilatérale des genoux, et peut-être aussi l'hydarthrose à bascule (atteinte successive des deux articulations) ont la valeur d'un stigmate de syphilis.

IV. Cette hydarthrose bilatérale des genoux, quelque soit son mode de début, persiste pendant des mois et des années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, elle est indolente ou à peu près, est compatible avec un travail à peu près régulier reste bénigne avec peut ou point d'épaississement de la synoviale quelques craquements une atrophie musculaire modérée des cuisses.

V. Toute hydarthrose bilatérale post-traumatique des genoux qui traîne doit éveiller l'idée de la syphilis surtout s'il n'y a pas eu de période silencieuse intermédiaire.

VI. La séro-réaction de Bordet-Wasserman pratiquée

avec le liquide retiré des articulations malades est toujours positive et même hyperpositive alors qu'il peut être négatif dans le sang.

VII. Le traitement mixte arsenico-mercuriel doit être poursuivi parfois pendant longtemps avec ténacité car ces lésions articulaires de la syphilis ont beaucoup de tendances aux rechutes et aux poussées successives, même traitées ces hydarthroses laissent quelques reliquats.

VIII. On ne doit jamais opérer un genou que la syphilis a touché sans traitement antisyphilitique préalable, ni même un syphilitique lorsqu'on est averti et que la maladie laisse le temps d'agir, car il peut arriver qu'une incision opératoire ne se cicatrise qu'après le traitement antisyphilitique.

Vu : le Président de la thèse,

JEANSELME

Pour le Doyen

POUCHEZ

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aïnes.* — L'hydarthrose chronique de la syphilis héréditaire (hydarthrose syphil. double de Clutton) (Le nouveau Journal de Médecine, décembre 1921).
- Bertin.* — Arthropathies syphilitiques (Société centrale de Médecine du Nord, 1905).
- Presse médicale, mai 1905, p. 278.
- Broca (A.).* — Syphilis articulaire du genou chez l'enfant (Concours médical, juillet 1903).
- Aspects cliniques de la syphilis articulaire (Presse médicale, 2 novembre 1921).
- Cantonnet.* — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson (Paris médical, sept. 1919, p. 183).
- Clutton.* — Symetrical synovitis of the Knee in hereditary-syphilis (The Lancet, 26 février 1886).
- Debonnesset.* — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose. Thèse de Paris, 1906.
- Decréton.* — Double hydarthrose (Journal de Praticiens, 10 novembre 1917).
- Duplay.* — Hydarthrose syphilitique chronique (Bulletin médical, 1893).
- Fouquet.* — Traité de syphilis articulaire thèse de Paris, 1904-1905, n° 387.
- Hydarthroses bilatérales multiples (Société de dermatologie et de Syphiligraphie, 1913).
- Fournier (A.) et Crouzon.* — Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire (Annales de Dermatologie, 1902, p. 268).
- Fournier et Alfred.* — Traité de la syphilis, n° 21762.
- Fournier (Ed.) et Fernet (L.).* — Syphilis acquise de l'enfance et syphilis héréditaire.

- Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Paris, 1921.
- Fournier (Ed.)*. — Recherches et diagnostic de la E. H. tardive. Paris 1907.
- Gangolphe*. — Contributions à l'étude des localisations articulaires de la syphilis tertiaire (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1885, p. 449).
- Gaucher*. — Arthropathies et syphilis héréditaire (Journal de médecine interne, Paris, 1906).
- Gologanoff*. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis acquise, Thèse de Montpellier, 1907-1908.
- Gouget*. — Quelques observations d'hydarthroses syphilitiques secondaires (Annales de Dermatologie, 25 mars p. 184).
- Griffon et Abrami*. — Hydarthrose syphilitique secondaire. Etude cystologique et expérimentale de l'épanchement (Tribune médicale, 1906, n° 44).
- Griffon et Dehérain*. — Pseudo-rhumatismes syphilitique. Hydarthrose volumineuse, étude cytologique de l'épanchement (Société médicale des Hôpitaux de Paris, janvier 1906).
- Imbert*. — Des arthropathies syphilitiques (Gazette des Hôpitaux, 1889).
- Kirmisson et Jacobson*. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire (Revue d'Orthopédie, 1897, p. 366-377).
- Les arthropathies syphilitiques (Revue générale de clinique et thérapeutique de Paris, 1918, vol. XXXII, 449-452).
- Larcepère et Laurent*. — Syphilis articulaire chez les indigènes du Maroc (Paris médical, sept. 1919, p. 221-234).
- Lanereaux*. — Des arthrites syphilitiques (Union médicale, 1873, p. 153).
- Levin*. — Synovite de l'articulation du genou (Archives générales de Médecine, janvier 1909).
- Marin Saint-Pierre*. — Hydarthroses syphilitiques. Thèse de Lyon, 1900.
- Meucamp*. — Arthropathies syphilitiques tertiaires. Thèse de Paris, 1882.
- Merlier*. — Les arthropathies, héréditaires syphilitiques et la triade d'Hutchinson. Thèse de Paris, 1918, n° 60.

- Métayer.* — Manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive. Thèse de Paris, 1903-1904).
- Méry-Guillemot.* — Syphilis héréditaire tardive, double arthropathie du genou, guérison (Société médicale des Hôpitaux, 27 mars 1903).
- Méry-Terrien.* — Arthropathies syphilitiques à forme douloureuse chez un enfant de 4 ans (Société médicale des Hôpitaux, 17 juin 1904).
- Morestin.* — Syphilis articulaire (Archives générales de Médecine, 1901).
- Nicolas et Fabre.* — Syphilis héréditaire simulant des adénites et arthrites scrofuleuses (Société médicale Hôpitaux. Lyon, 9 mai 1905).
- Pillon.* — Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic. Thèse de Lyon, 1913-1914.
- Rebeyrolle.* — Syphilis héréditaire et manifestations articulaires. Paris, 1902.
- Rostaine.* — In traité de Médecine Sergent, 1921.
— La syphilis ostéo-articulaire.
- Sancet.* — Arthropathies de la syphilis héréditaire. Thèse de Bordeaux, 1904.
- Thuillard.* — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis acquise. Thèse de Paris, 1908.

